

UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Marcela Šídlová

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Marcela Šídlová

Vliv kouření na laktaci a kojení

Effect of Smoking On Lactation and Breastfeeding

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce: prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30.04.2020

Marcela Šídlová

Podpis

ŠÍDLOVÁ, Marcela. *Vliv kouření na laktaci a kojení*. [Effect of Smoking on Lactation and Breastfeeding]. Praha, 2020. 43s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí závěrečné práce prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Poděkování

Mé díky patří vedoucí práce prof. MUDr. Evě Králíkové, CSc. Za odborné vedení, skvělou komunikaci a ochotu, kterou mi v průběhu zpracovávání bakalářské práce věnovala. Rovněž děkuji všem ženám, bez kterých by tato práce nevznikla, rodině, která mě podporovala nejen při psaní práce, ale po celou dobu mého studia.

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice kouření matek během období kojení a jeho dopadu na laktaci, kojení a zdraví dítěte. Práce je koncipována jako teoreticko – praktická. Cílem teoretické části je shrnout poznatky týkající se kojení a jeho benefitů, kouření a jeho škodlivosti, propojit tato dvě témata a poukázat na rizika, která vznikají, když matka kouří během kojení. Okrajově se dotýká také kouření v těhotenství. Praktická část se zabývá informovaností matek kuřaček o možných dopadech kouření na kojení a zdraví dítěte a zkoumá, zda matky kuřačky, které se zúčastnily kvalitativního výzkumu formou hloubkového rozhovoru, vnímají dopady kouření na kojení a dítě. Zkoumá také jejich pocity po vykouření cigarety v těhotenství a po porodu a porovnává tato dvě klíčová období. Zjišťuje, jak dlouho matky kuřačky kojí a zda předčasné ukončení kojení dávají do souvislosti s kouřením. Hlavním získaným výsledkem je fakt, že matky kuřačky vnímají větší dopady kouření na dítě v těhotenství než během období kojení. Informace mají ženy většinou od svého gynekologa, ale o dopadech kouření na kojení s nimi zdravotníci nemluví. Na tuto praxi by se měl klást větší důraz, ať už ze stran porodních asistentek, dětských sester nebo pediatrů. Je důležité ženu podpořit v odvykání kouření, nebo alespoň edukovat ji o režimu, jak kojit a jak pečovat o dítě s minimálním vystavováním dítěte nikotinu, tabákovému kouři a jeho zápachu.

Klíčová slova

Kojení, laktace, kouření, zdraví, tabák, matky, dítě

Abstract

The bachelor 's thesis deals with the topic of mothers' smoking during breast feeding period and its effect on lactation, breast feeding and infant health. The thesis is both theoretical and practical. The aim of the theoretical part is to summarize knowledges concerning breast feeding and its benefits, smoking and its harmfulness, to connect these two topics and point at risks coming out when mother smokes during breast feeding period. Marginally it touches the topic of smoking during pregnancy. The practical part deals with mothers smokers' awareness about possible effects of smoking on breast feeding and infant's health and investigates if smoking mothers who participated on the qualitative research see some effects of smoking on breast feeding and their child. It also researches their emotions after smoking a cigarette in pregnancy and after delivery, and compares these two key periods. It determines how long smoking mothers breast feed and if they put in context too early cession of breast feeding with smoking. The main acquired fact is that mothers smokers perceive bigger risks of smoking on their child in pregnancy than in breast feeding period. The women gained the information usually at their gynecologist but they haven't been informed about risks of smoking on breast feeding by any doctors, nurses or midwives. It should be emphasized. It's important to support the woman at weaning or at least educate her about régime how to breast feed and take care of the infant with minimum amount of displaying the infant to the nicotine, tobacco smoke and its smell.

Key words

Breast feeding, lactation, smoking, health, tobacco, mothers, infant

Obsah

1 Úvod	9
2 Anatomie prsu	10
3 Mateřské mléko	10
3.1 Kolostrum vs. zralé mateřské mléko	10
3.2 Makronutrienty	10
3.3 Mikronutrienty	11
4 Laktace a kojení	12
4.1 Hormony ovlivňující laktaci	12
4.2 Kojení – doporučení mezinárodních organizací	12
4.3 Statistiky	13
4.4 Výhody kojení pro matku	13
4.5 Výhody kojení pro dítě	13
4.6 Nevýhody nekojení	13
5 Kouření	14
5.1 Kouření a společnost	14
5.2 Statistika v ČR a ve světě	14
5.3 Látky obsažené v cigaretovém kouři	14
5.4 Vliv kouření na zdraví člověka	15
6 Kouření v těhotenství	16
7 Vliv kouření na laktaci a kvalitu mateřského mléka	16
8 Vliv kouření matky na dítě a jeho zdraví	17
8.1 Krátkodobé následky u dítěte	17
8.2 Dlouhodobé následky u dítěte	17
9 Výzkum informovanosti matek kuřáček o dopadech kouření na kojení a zdraví dítěte	19
9.1 Předmět a cíle výzkumu	19
9.2 Výzkumné otázky	19
9.3 Metodologie výzkumu	19
9.4 Charakteristika zkoumaného vzorku	20
9.5 Analýza rozhovorů	21
10 Diskuze	33
11 Závěr	37
Seznam tabulek	38
Seznam použité literatury	39
Přílohy	41

1 Úvod

Kojení je jeden z nejdůležitějších procesů v prvních měsících života dítěte. Nejenže se významně podílí na vytváření blízkého vztahu mezi matkou a dítětem, ale hlavně na zdraví kojeného dítěte. Mateřské mléko obsahuje vitamíny, minerály a imunoprotektivní látky, které se významně podílí na tvorbě obranyschopnosti dítěte. Výlučné kojení je matkám doporučováno po dobu šesti měsíců, přesto mnoho žen ukončuje kojení po několika týdnech či dnech od porodu, nebo se jim nepodaří začít kojit vůbec.

Jedním z faktorů, které negativně ovlivňují kojení a zdraví dítěte, je kouření. Matky kuřáčky mají povědomí o tom, že existují rizika kouření v těhotenství pro plod. Menší povědomí ale mají o dopadech kouření na laktaci a kojení, což se projevuje návratem ke kouření po porodu nebo zvýšení množství vykouření cigaret za den. Jsou informovány o možných dopadech kouření na plod a porod gynekology v těhotenské poradně, ale nejsou už tolik informovány o efektu kouření během kojení porodními asistentkami, dětskými sestrami nebo pediatry. Proto, když po porodu vidí, že jejich dítě je v pořádku, nemají tak velkou motivaci k odvykání kouření a myslí si, že dítě je od vystavování nikotinu a jiných škodlivých látek z tabákového kouře ochráněno.

Doposud na toto téma nebyla vypracovaná žádná bakalářská práce. Myslím, že téma Vliv kouření na laktaci a kojení si zaslouží větší pozornost jak matek kuřáček, tak zdravotníků, kteří se s ní v období šestinedělí setkávají. Právě nedostatečná probádání toho, co matky kuřáčky prožívají, jak jsou informované a zda ony samy vnímají, že by kouření mělo dopad na laktaci a kojení, ve mně vzbudila zvědavost a potřebu do této problematiky se ponořit. Toto téma je navíc aktuální a dle mého názoru nedostatečně doceněné. Je velmi složité získat data od matek kuřáček k provedení výzkumu, pravděpodobně proto, že toto téma je citlivé a matky kuřáčky se za svůj návyk stydí. Tato práce může posloužit matkám kuřáčkám pro lepší informovanost o možných dopadech kouření na laktaci, kojení a zdraví dítěte, a také zdravotníkům pro inspiraci, pokud by tuto problematiku chtěli rozvíjet.

2 Anatomie prsu

Prs (mamma) je tvořen kožním krytem, tukovým vazivem a mléčnou žlázou. Mléčná žláza se vyvíjí od šestého týdne nitroděložního vývoje, ale nejvíc se rozvíjí až během těhotenství. Je rozdělena do 15-25 žlázových laloků (lobi), které se větví na menší lalůčky (lobuli), a ty jsou tvořeny množstvím alveolů. Každý žlázový lalok se spojuje přes mlékovod s prsní bradavkou, kde ústí mléčné vývody. Bradavka (papilla) je bohatě inervovaná a díky tomu je citlivější než jiné části prsu. Okolo bradavky je část kruhovitá mléčné žlázy nazývaná dvorec (areola). Po jeho obvodu se vyskytují mazové žlázy, které produkují mírně aseptický sekret zvláčňující povrch bradavky a dvorce. Tvar a velikost prsu je individuální a rozhoduje o nich hlavně tuková tkáň, ale nemají vliv na funkci prsu a množství vyprodukovaného mléka. (13)

3 Mateřské mléko

Není přirozenějšího způsobu výživy než kojení a mateřské mléko je to nejlepší, čím se může kojenec a novorozenec živit. Nejenže má ideální poměr látek, které dítě potřebuje, ale hlavně obsahuje imunitní faktory přímo na míru každému dítěti, díky nimž se mu buduje silná imunita. Navíc podporuje psychickou pohodu mezi matkou a dítětem (5,6).

3.1 Kolostrum vs. zralé mateřské mléko

Mateřské mléko obsahuje bílkoviny, sacharidy, tuky, vitaminy a minerály. Poměry těchto složek se stále mění – individuálně, podle denní doby, délky kojení a potřeb dítěte. První mléko, co dítě ochutná, se nazývá kolostrum neboli mlezivo. Toto se tvoří již ve druhé polovině těhotenství a v prvních pár dnech po porodu. Je žlutavé, hustší než zralé mateřské mléko a je také bohatší na bílkoviny a imunitní složky – imunoglobuliny, lymfocyty a makrofágy. Obsahuje také hodně vitaminů rozpustných v tucích (A, E, K), minerálů, stopových prvků a růstových faktorů (4). Zralé mateřské mléko je naopak řidší a produkuje se ve větším množství než kolostrum. Jeho produkce nastává třetí až pátý den po porodu. Při nahrazování kolostra postupně ubývá množství bílkovin, a to se nahrazuje cukry a tuky. Ve zralém mateřském mléku je obsah bílkovin o polovinu menší, tj. 13 g/l. Naopak hodnoty cukrů a tuků se zvýší. Čím déle je dítě kojené, tím méně je mléko koncentrované (7).

3.2 Makronutrienty

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, poměr sacharidů, tuků a bílkovin se liší v prvním mléku, kolostru od zralého mateřského mléka. Poměry těchto makroživin jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 1: Složení kolostra a mateřského mléka v g/l (7)

	Energie (kJ)	Bílkoviny	Sacharidy	Tuky
Kolostrum	2520	27	53	29
Zralé mateřské mléko	2940	13	72	35

Bílkoviny tvoří 7-10 % energetického příjmu dítěte. Je to nejstálější složka a nezávisí na stravě matky. Mateřské mléko je pro dítě stravitelnější než kravské mléko, a to díky poměru mléčných bílkovin kaseinu ku laktalbuminu 20:80. Dále v něm najdeme sérové bílkoviny a imunoglobuliny, hlavně IgA (8).

Na rozdíl od bílkovin obsah tuků v mateřském mléce je variabilní, částečně závisí na stravě matky a hodně kolísá během dne, dokonce i v průběhu jednoho kojení. Rozlišujeme přední a zadní mléko, kdy obsah tuku v zadním mléce je 4-5x více než v předním. Dítě se tedy nejdříve napije předního mléka na uhašení žízně, poté saje mléko tučnější pro získání energie. Pro dítě zajišťují tuky až 50 % energetického příjmu (9). Jsou důležité pro vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích, pro vývoj mozku a nervové soustavy obecně. Je zde 4x větší množství kyseliny linolové a arachidonové než v kravském mléce. Kyselina linolová je silný antioxidantem a snižuje riziko obezity u kojenců díky její schopnosti tlumit ukládání tuků v těle (10).

Sacharidy zajišťují přibližně 40 % energetického příjmu dítěte. Zahrnují hlavně laktózu, galaktózu a další oligosacharidy. Podle produkce laktózy můžeme odvozovat produkci mateřského mléka – čím více se produkuje laktóza, tím více se tvoří mléko. Sacharidy v mateřském mléce se pro novorozence stávají prvním prebiotikem, a tak zajišťují zdravou střevní mikroflóru. Podle některých zdrojů mají pozitivní vliv na inteligenci dítěte a snižují riziko vzniku ušních infekcí, astmatu, ekzémů a zvyšují ochranu před chřipkou a nachlazením (12).

3.3 Mikronutrienty

Mikronutrienty jsou složky mléka, které lze částečně ovlivnit stravou. Jedná se hlavně o vápník, jód, vitaminy rozpustné v tucích i ve vodě, zejména vitamin C a některé vitaminy skupiny B. Je důležité, aby měla kojící matka pestrá a zdravou stravu. U matek, které jsou vegetariánky nebo veganky, se doporučuje suplementovat vitamin B12, kterého v jejich případě může v mléce být nedostatek a v důsledku toho způsobovat neprospívání dítěte. Dále je vhodná suplementace vitaminu D, obzvláště v ČR v zimním období ho ženy mohou mít také malé množství. Již zavedeným standardem je v porodnicích aplikace vitaminu K novorozencům, která slouží jako prevence krvácivosti (přestože v mateřském mléce se vitamin K také vyskytuje, ale v malém množství) (13).

Co se týká minerálů, jejich deficit v mateřském mléce většinou nebývá. Jejich hodnoty jsou sice nižší než v kravském mléce, ale kryjí potřeby zralého novorozence, pro kterého jsou i lépe využitelné. Poměr vápníku a fosforu je zde 2:1, což je ideální poměr pro jejich vstřebávání a osifikaci. (9) Množství některých minerálů se mění v závislosti na délce kojení. Například koncentrace

vápníku, železa, zinku a mědi je nejvyšší v prvních dvanácti týdnech a postupně klesá. Mangan v mléce zůstává stále ve stejném množství. Zásobu železa má dítě ještě z prenatálního období a množství v mateřském mléce mu do šestého měsíce stačí (11).

4 Laktace a kojení

4.1 Hormony ovlivňující laktaci

Hlavním hormonem ovlivňujícím syntézu mateřského mléka je prolaktin. Je tvořen v adenohypofýze již během těhotenství, čímž stimuluje růst a proliferaci intralobulárních vývodů, ale ne natolik, aby se začalo tvořit mléko. To je zapříčiněno jinými těhotenskými hormony, progesteronu a estrogeneru, které tomu zabraňují. Po porodu hladina těchto hormonů prudce klesá a naopak hladina prolaktinu se výrazně zvýší, proto je důležité přiložit dítě k prsu co nejdříve po porodu. Hladina prolaktinu je vysoká až do třetího měsíce, pokud matka kojí. Poté se vrací na normální hodnoty. Také kolísá v průběhu dne, závisí na délce, frekvenci a intenzitě kojení. Při sání prsu stoupá a je vyšší následující půl hodiny. Prolaktin má velký vliv na mateřské chování, matka díky němu staví potřeby svých dětí na přední místo. Prolaktin také stimuluje vylučování oxytocinu a snižuje stres matky i dítěte (6, 13).

Oxytocin hraje velkou roli nejenom při porodu, kdy způsobuje děložní kontrakce, a po porodu, kdy napomáhá zavinování dělohy, odloučení placenty a zabraňování poporodního krvácení, ale i při laktaci. Díky němu se stáhnou buňky obklopující žláznatou tkáň prsu, a tak je mléko posouváno do systému kanálků a z prsu ven (13). Tento hormon je nazýván hormonem lásky. Vyplavuje se v situaci, kdy je novorozenec položen na matčinu hrud' a dochází k takzvanému „skin to skin“ kontaktu, navozuje pocit štěstí a upevňuje vztah matky s dítětem. Má také uklidňující účinky a snižuje vnímání bolesti. Uvolňuje se i v běžných situacích, jako je třeba pochutnávání si na dobrém jídle nebo objetí milovaného člověka (6).

Beta-endorfin je opiát, který si tělo také samo vytváří. Uvolňuje se při stresu, svalové námaze, sexu a kojení. Působí na stejné receptory bolesti jako jiné opiáty, např. morfin a heroin, a tak zmírňuje bolest, přispívá k psychické pohodě a při kojení zaplavuje matku štěstím (6).

4.2 Kojení – doporučení mezinárodních organizací

Dle doporučení světové zdravotnické organizace WHO a dalších světových organizací, jako je UNICEF nebo Americká pediatriká akademie, by měly matky výlučně kojit své dítě po dobu 6 měsíců od porodu. Pojem „výlučné kojení“ znamená, že dítě nedostává žádnou jinou tekutou nebo tuhou stravu kromě mateřského mléka. Poté je vhodné pokračovat v kojení s příkrmy ideálně do věku 2 let dítěte (2). O kojení se zmiňuje také Úmluva o právech dítěte, podle které mají být činěna potřebná opatření k tomu, aby všechny složky společnosti byly informovány o výživě dětí a přednostech kojení (1, 3).

Klíčové je kojení správně zahájit. O tom, zda matka bude své dítě plně kojit, mnohdy rozhodují první hodiny života dítěte. Proto v roce 1989 byl vydán dokument Ochrana, prosazování a podpora kojení, hovořící o hlavních zásadách shrnutých do 10 kroků k úspěšnému kojení, které by měli zdravotníci v porodnicích dodržovat. Jedním z kroků je pomoc matkám začít s kojením během

první půl hodiny po porodu nebo provádět „rooming in“, dopřát matkám s dětmi být spolu 24 hodin denně. Na základě těchto 10 kroků se můžou nemocnice označovat jako „baby-friendly“ (3).

4.3 Statistiky

Dle průzkumu z roku 2017 je v České republice celých šest měsíců kojeno pouze 39,1 % dětí. Přitom z porodnice odchází celých 80 % dětí plně kojených a s příkrmem 95 %. Z toho vyplývá, že celých 5 % dětí nebylo kojeno vůbec. (32)

4.4 Výhody kojení pro matku

Kojení nesporně přináší výhody nejen pro dítě, ale i pro matku. V první řadě díky stimulaci prsní bradavky dochází k vylučování oxytocinu, což v šestinedělí pomáhá zavinovat dělohu, urychluje návrat do její původní velikosti a předchází velkému krvácení a anémii. Výlučné kojení zabraňuje ovulaci a menstruaci, proto je jednou z antikoncepčních metod, která ale není stoprocentní. Kojící ženy rychleji hubnou a snáze se po porodu vrací ke své původní váze. Některé studie ukazují, že kojící žena pravděpodobně zamešká méně pracovních dní, protože její dítě bude zdravější. Z dlouhodobého hlediska kojení snižuje riziko rakoviny prsu a vaječníků. Kojení je také ekonomicky méně náročné než jiné alternativy výživy dětí, žena nemusí utrácet peníze za umělé dokrmy. Mateřské mléko se nemusí ani sterilizovat ani ohřívat, takže kojení je i časově méně náročné než krmení umělou výživou z lahve (6, 13).

4.5 Výhody kojení pro dítě

Dítě dostává s mateřským mlékem přesně to, co potřebuje, protože jednotlivé složky se podle jeho potřeby mění. Imunologicky je mateřské mléko lékem i potravou, obsahuje bioaktivní látky, vytváří ochranný povlak na sliznici trávicího traktu dítěte. Zajišťuje dítěti zdravý růst a vývoj, jak fyzický, tak mentální. Chrání před vznikem alergií a snižuje riziko vzniku akutních a chronických infekcí. Dítě má lepší vztah s matkou, protože to, co v prvním roce nejvíce potřebuje, je fyzický kontakt, který při krmení z lahve není tak intimní jako při kojení. Kojení může výborně posloužit jako lék na bolest, v tomto případě je totiž uklidňujícím prostředkem. (2,3,5)

4.6 Nevýhody nekojení

Nevýhody nekojení jsou úzce spojeny s nevýhodami krmení dítěte umělou výživou. Velké dopady to má na imunitu dítěte. Tím, že dítě přijímá pouze umělou výživu, nedostává mateřské mléko s cennými imunoprotektivními látkami – je náchylnější k infekcím. U dítěte vzniká velké riziko nekrotizující enterokolitidy, atopie, diabetu mellitu a dětské obezity (12). Různé studie také dokládají zvýšený počet syndromu náhlého úmrtí (SIDS) a rakoviny (např. leukémie, Hodgkinsonova onemocnění a lymfomu). Krmení dítěte náhradami mateřského mléka je ekonomicky i časově náročnější, má také dopady na životní prostředí, protože je potřeba vyrobit obalový materiál, materiál na lahvičky a dalšího vybavení, a výrobky bývají přepravovány daleko.

5 Kouření

5.1 Kouření a společnost

Kouření je nejrozšířenější způsob užívání tabáku. Přestože je prokázána jeho škodlivost, kouří na celém světě kolem miliardy lidí. Většina z nich začne kouřit v mladém věku. Ani zákaz prodeje tabákových výrobků lidem mladším 18 let není pro mladistvé nepřekonatelnou překážkou – tabák je ve světě velmi dostupná droga. Mezi dětmi a dospívajícími kouří více dívky, naopak mezi dospělými muži. Prevalence kouření je vyšší u lidí se základním a středním vzděláním v porovnání s lidmi s vysokoškolským vzděláním. Je vyšší u nezaměstnaných lidí, u bezdomovců, u lidí z neúplných rodin, u migrantů, psychiatrických pacientů a u romské populace. Kouření způsobuje řadu chronických onemocnění, jejichž léčba je významnou zátěží pro systém zdravotní péče. Odráží se na celkové nemocnosti a úmrtnosti populace, a tím i na střední délce života. V posledních letech vznikla v České republice řada opatření, která snižují míru expozice obyvatel tabáku, jako je například zákaz kouření v restauracích, na různých pracovištích, na zastávkách hromadné dopravy. WHO vydala šest doporučení, jak proti této pandemii lze účinně bojovat. Mezi ně patří monitorace užívání tabáku a prevence, chránění lidí před tabákovým kouřem, nabízení pomoci při odvykání kouření, varování před nebezpečím tabáku, zákaz reklamy, propagace a sponzorství, zvyšování daně na tabák (17, 25).

5.2 Statistika v ČR a ve světě

Podle statistik z roku 2017 je v ČR 28,5 % kuřáků, z toho převažují muži nad ženami. Je to o 3 % více, než v roce 2018. 54 % lidí uvedlo, že jsou celoživotní nekuřáci (25). V roce 2015 byly dotazovány ohledně užívání tabáku rodičky v ČR. Ukázalo se, že 72,12 žen z tisíce rodiček jsou kuřačky, tj. přibližně 7,2 %. Nejvíce jich bylo zastoupeno ve věkové skupině 15-19 let. Rozděleny byly také dle bydliště. Nejvíce rodiček užívajících tabák se vyskytovalo v Ústeckém kraji (23). Celosvětově kouří cca 1 miliarda lidí. Tabák ročně zabije více než 8 milionů lidí. Více než 7 milionů těchto úmrtí je důsledkem přímého užívání tabáku, zatímco kolem 1,2 miliard obětí jsou nekuřáci vystaveni kouři „z druhé ruky“, často vyskytující se v zakouřeném prostředí (26).

5.3 Látky obsažené v cigaretovém kouři

V tabákovém kouři je více než 7000 chemických látek, z toho minimálně 250 je škodlivých a minimálně 69 kancerogenních. Jedna z nejvýznamnějších látek je nikotin, spadající do skupiny pyridinových alkaloidů (společně s anatabinem a anabasinem). Významný je proto, že právě na něm vzniká závislost. Do těla se při vykouření jedné cigarety dostane 1 až 3 mg nikotinu, nejčastěji 1 mg – závisí na počtu a délce potažení. Nikotin působí na vegetativní nervový systém, důsledkem toho je zvýšená produkce slin a trávicích šťáv, zvýšená aktivita trávicího traktu a obecně celé hladké svaloviny, zvýšení krevního tlaku a pocení, zrychlení srdeční činnosti, stažení cév a inhibice syntézy estrogenu (27, 17).

Další skupinou nebezpečných látek v tabákovém kouři jsou toxické plyny. Významným plynem je jedovatý oxid uhelnatý, který zabraňuje přenosu kyslíku z plic do tkání a zapříčiňuje tak tkáňovou hypoxii. Dále tabákový kouř obsahuje oxidy dusíku, který dráždí sliznice. Je zde riziko otravy oxidem dusičitým po dobu jeho expozice delší než 30 minut, což se může projevit pálením očí, poklesem tlaku krve, dýchacími obtížemi a bolestmi hlavy. Dalšími plyny jsou formaldehyd,

pravděpodobný karcinogen, akrolein, který ve vyšších koncentracích účinkuje jako slzný plyn, a kyanovodík, prudký jed, kvůli kterému se rozvíjí metabolická acidóza (27).

Nitrosaminy představují skupinu škodlivých látek tabákového kouře, která nejvýznamněji ohrožuje lidské zdraví. Běžně člověk přijme asi 1 mikrogram nitrosaminů denně, ale kuřák po vykouření jedné krabičky cigaret denně jich přijme asi 17krát více. Tím se u něj zvyšuje riziko vzniku karcinomu plic (27).

Stejně riziko představují polycyklické aromatické uhlovodíky, mezi něž patří hlavně benzoapyren. Člověk vykouřením jedné cigarety přijme průměrně 20 ng této látky (27).

V cigaretovém kouři se vyskytuje řada těžkých kovů. Těmi nejvíce nebezpečnými jsou nikl, kadmium, arsen a radioaktivní polonium. V kouři se nachází mezi 40 a 580 ng niklu, zatímco v ovzduší českých měst se vyskytuje 1 až 86 ng/m³ niklu. Kadmia mají kuřáci v krvi minimálně desetkrát více než nekuřáci, což při dlouhodobém kouření může způsobit poruchu metabolismu vápníku, hyperkalciurii a tvorbu ledvinových kamenů (27).

Pevné částice kouře označujeme jako dehet. Silný kuřák vdechne do plic za rok více než půl kilogramu dehtu. Kvůli dehtu potom mají plíce kuřáka černou barvu. Většinu sice vykašle, ale i tak zůstane v plicích velké množství natrvalo, což je dalším významným faktorem při vzniku rakoviny plic (27).

5.4 Vliv kouření na zdraví člověka

Je prokázáno, že kouření poškozuje zdraví a snižuje délku života. Kardiovaskulární onemocnění patří k nejčastějším příčinám úmrtí kuřáků. Poškození cévního endotelu škodlivinami z tabákového kouře má za následek vznik aterosklerózy, z těchto změn pak vyúsťují v anginu pectoris, infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu, výdutě velkých cév, ischemickou chorobou končetin a dalších kardiovaskulárních obtížích. Kouření negativně ovlivňuje respirační systém. Výrazně se podílí na vzniku chronických zánětlivých onemocnění, zejména chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) nebo tuberkulózy. Kuřáci jsou také ohroženi nádory plic, z toho nejčastějším je karcinom plic. Kouření má také vliv na reprodukci, a to jak u mužů, tak u žen. U mužů se snižuje motilita a kvalita spermií a erekční schopnost. U žen se vyskytují problémy s menstruačním cyklem, ať už se jedná o dysmenoreu, předčasnou menopauzu nebo neplodnost. U kuřáků se také častěji vyskytují onemocnění gastrointestinálního traktu. Jedná se o vředové choroby, záněty dásní, poškození zubní skloviny, nebo nádory, zejména karcinomy dutiny ústní (hlavně při kouření dýmek a doutníků), hltanu, jícnu, žaludku, pankreatu, tlustého střeva a konečníku. Toto byl výčet těch základních onemocnění, ale kouření postihuje všechny systémy v lidském těle. Je jedním ze základních faktorů pro vznik alergií, diabetu mellitu, postižení štítné žlázy, oka, a dalších (17, 27).

6 Kouření v těhotenství

Kouření v těhotenství má vliv nejen na dítě, ale i na matku a na těhotenství jako takové. Kuřačky jsou více ohroženy výskytem včestného lůžka (placenta praevia) a také předčasným odloučením placenty. Tyto komplikace jsou pravděpodobně způsobeny patologiemi v cévním řečišti, u kuřáček častějšími. U těchto žen je zvýšené riziko potratu nebo předčasného spontánního porodu až o 23 % a předčasného porodu indukovaného lékařsky až o 28 %, z důvodu nežádoucích vlivů kouření v těhotenství. Kuřačky mají v těhotenství menší pravděpodobnost, že u nich vznikne preeklampsie. Pokud se tak ale stane, pak její průběh je horší než u nekuřačky (17,24).

Děti narozené kuřáčkám častěji mají vrozené vývojové vady. Jedná se například o malformaci končetin, srdeční vady, rozštěpy rtů a patra, nebo malformaci urogenitálního ústrojí. Průměrná hmotnost novorozenců matek kuřáček je nižší než hmotnost dětí narozených matkám, které v těhotenství nekouřily. Porodní hmotnost dítěte je přímo závislá na množství vykouřených cigaret rodičkou. U dětí kuřáček je zhruba třikrát zvýšené riziko syndromu náhlého úmrtí (SIDS). Kouřením budoucí matka může plodu zhoršovat vývoj dýchacích cest nebo měnit jeho elastické vlastnosti plic. Přesto někteří lékaři doporučují matkám kuřáčkám v těhotenství s kouřením nepřestávat z toho důvodu, že by byly vystresované a vystavovaly by stresu i plod, což není správně (24).

Tím, že těhotné ženy kouří, mění nastavení hormonální osy plodů, což má vliv na zdravotní problémy jejich dětí v dospělosti. Negativně může být ovlivněna reprodukční schopnost synů a u dcer kuřáček se vyskytuje výrazně menší děloha. Prenatální expozice nikotinu má také za důsledek zvýšené riziko hypertenze v dospělosti, metabolických poruch, nádorového onemocnění. Častěji také mívají kognitivní poruchy, poruchy chování (např. hyperaktivita), poruchy pozornosti (24).

7 Vliv kouření na laktaci a kvalitu mateřského mléka

Dle statistik kuřačky kojí své dítě kratší dobu a produkce mléka je u nich menší než u nekuřáček. To může mít několik příčin. Jednou z nich je fakt, že chronické kuřačky mají méně hormonu prolaktinu. Nikotin zvyšuje hladinu dopaminu, což negativně ovlivňuje tvorbu prolaktinu. Další příčinou může být to, že mléko dítěti nechutná, a tak ho odmítá – chuť mateřského mléka se kvůli kouření mění, stejně tak i jeho pH (17).

Psychika v této problematice také hraje roli. Kuřačky, které jsou si vědomy negativních dopadů kouření na dítě a v těhotenství nekouřily, mají větší tendenci dítě odstavit kvůli chuti na cigaretu a vrátit se k praktikování své závislosti. Aby své dítě neohrozily předáním negativních látek uvolňujících se do mléka, nebo protože se jim zdá množství mléka nedostačující pro potřeby dítěte, nebo také protože vnímají jeho projevy po požití mateřského mléka (pláč, problémy se spánkem, koliky,...), ukončují kojení dříve než matky nekuřačky. Zhruba 50-80 % žen se vrátí ke kouření cigaret do šesti měsíců po porodu (17,18,19).

Novorozenci kuřáček mají opožděný sací reflex a vyvíjejí menší tlak při kojení, důsledkem toho jsou opět problémy s kojením, zhoršená laktace a kvůli tomu brzký přechod na umělou výživu. U matky kuřačky se mohou během období kojení objevit i infekce prsu. Kouření je rizikovým faktorem obzvlášť pro vznik duktektázií a subareolárních abscesů, projevujících se acyklickou

bolestí prsu a subareolární rezistencí, nebo jiných infekcí prsu, např. mastitidy, což zhoršuje podmínky ke kojení (14, 19).

S kouřením cigaret se mění složky v mateřském mléce. Celková koncentrace tuku je v něm o 19-26 % nižší, do mléka se nedostávají zejména omega-3-mastné kyseliny (19). Kouření je determinantem, který ovlivňuje množství těžkého kovu kadmia nejen v krvi ženy, ale i v mateřském mléce, přestože prsní žláza funguje jako částečná bariéra. Olszovski uvádí, že koncentrace kadmia v mateřském mléce je pouze o dvě třetiny nižší než v periferní krvi matky (15).

Kouření ovlivňuje i hladinu jodu v mateřském mléce – způsobuje jeho redukci až na polovinu. U nekuřaček se jeho množství v mateřském mléce pohybuje kolem 53,8 g/l, zatímco u kuřaček jsou jeho hodnoty okolo 26 g/l. Proto se obzvláště u těchto žen doporučuje suplementace jodu (16).

Důležitou složkou, která naopak je v mateřském mléce navíc, je nikotin a jeho metabolit kotinin, který vzniká rozkladem nikotinu v játrech. U žen po porodu se metabolismus a vylučování nikotinu a kotininu zpomaluje. Těchto látek je v jejich mateřském mléce dvakrát až třikrát více než v jejich krvi. (20) Pokud matka kojí a přesto kouří, měla by mít mezi kouřením a kojením co největší časový rozestup. Nejvyšší hodnoty nikotinu se v mateřském mléce vyskytují po půlhodině od vykouření cigarety, po dvou hodinách je hladina nikotinu o polovinu menší, většina se metabolismem vyloučí do tří hodin od kouření (16, 21).

8 Vliv kouření matky na dítě a jeho zdraví

8.1 Krátkodobé následky u dítěte

Po kojení matkou kuřačkou má dítě sníženou dechovou frekvenci – dané snížení závisí na hodnotě nikotinu a kotininu v mléce matky. Naopak tepová frekvence se zvyšuje. Na rozdíl od dospělé osoby se dítě zbavuje absorbovaného nikotinu třikrát až čtyřikrát déle, kotinin se vylučuje stejně rychle (19).

Dítě kuřačky spí v průměru o 30 minut méně, jejich spánek je nekvalitní, obecně trpí na poruchy spánku. Bývá u něj pozorována podrážděnost, nadměrný pláč, únava v důsledku nekvalitního spánku, bledost (16). Dítě vystavené kouření má časté projevy zánětu středouší (riziko vzniku je asi třikrát vyšší než u dětí nekuřaček), infekcí dolních dýchacích cest (asi osmkrát vyšší riziko) a horních dýchacích cest (asi patnáctkrát vyšší riziko). Také je u něj o 50 % větší riziko výskytu koliky a několikanásobně vyšší riziko syndromu náhlého úmrtí (SIDS), což bývá často zapříčiněno spánkovou apnoí (19).

8.2 Dlouhodobé následky u dítěte

Nikotin v mléce zapříčiňuje tvorbu kyslíkových radikálů, které ve velkém množství poškozují organismus, a zároveň snižuje antioxidační kapacitu plic. Vznikají mutace DNA, což znamená narušení správného vývoje plic – objevují se na nich strukturální změny. To se týká i dětí, které nepřijímají nikotin v mléce, ale jsou vystaveny pasivnímu kouření. Cigaretový kouř může poškodit sliznice dýchacích cest, a to vede k větší vnímavosti k různým patogenům a větší náchylnosti k různým akutním i chronickým respiračním onemocněním, hlavně astmatu. Kuřáctví matky

dvojnásobně zvyšuje riziko vzniku astmatu u dítěte. Pokud žena kouřila i během těhotenství, je riziko je trojnásobně větší (22). Histopatologické změny se objevují i na játrech. Může také způsobovat dysfunkci štítné žlázy (16,19). Nejen přítomnost nikotinu v mléce, ale i deficit jodu způsobuje poškození mozku, což se podepisuje na vývoji dítěte – následkem jsou neurobehaviorální poruchy jako zhoršení kognitivních funkcí a motorických schopností. Dle některých výzkumů může nikotin způsobit u dítěte problémy s učením a pamětí. Kouření matky je významným faktorem pro vznik alergií dítěte. Kouření tabáku také přispívá k výskytu polycyklických aromatických uhlovodíků v mateřském mléce a tím zvyšují riziko vzniku rakoviny. Některé zdroje uvádějí, že vystavení malého dítěte nikotinu pro něj znamená v dospělosti větší riziko metabolického syndromu a s tím související obezity, glukózové intolerance a koronárnímu onemocnění (19,20).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 Výzkum informovanosti matek kuřaček o dopadech kouření na kojení a zdraví dítěte

9.1 Předmět a cíle výzkumu

Jako předmět výzkumu jsem si stanovila povědomí matek kuřaček o dopadech kouření na kojení a o zdravotních problémech jejich dítěte v souvislosti s užíváním tabáku během období kojení. Byly stanoveny dílčí cíle:

1. Zjistit, zda matky kuřačky vnímají dopady kouření na kojení.
2. Zjistit, zda matky kuřačky pozorují zdravotní problémy dítěte v souvislosti s kouřením během kojení.
3. Vyhodnotit, jestli matky kuřačky byly informovány svým lékařem o možných dopadech užívání tabáku na kojení a zdraví dítěte.
4. Zanalyzovat, jaké pocity figurovaly u matek kuřaček při zapálení cigarety během těhotenství a po porodu.
5. Určit, zda matky kuřačky po porodu kouří více než v těhotenství.

9.2 Výzkumné otázky

Dle stanovených dílčích cílů jsem stanovila výzkumné otázky:

1. Mají matky kuřačky pocit, že kouření negativně ovlivňuje kojení?
2. Pozorují matky kuřačky zdravotní problémy svého dítěte v souvislosti s kouřením během kojení?
3. Byly matky kuřačky informovány svým lékařem o možných dopadech užívání tabáku na kojení a zdraví dítěte?
4. Co matky kuřačky prožívají při zapálení cigarety během těhotenství a po porodu?
5. Kouří matky kuřačky více po porodu než v těhotenství?

9.3 Metodologie výzkumu

Pro sběr dat jsem si vybrala metodu kvalitativního výzkumu, která byla realizována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Pro přehlednost jsem vypracovala dotazník, kde jsem stanovila základní otázky týkající se jednotlivých okruhů, jejichž součástí byly doplňující nebo rozvíjející otázky, které byly dle potřeby kladeny respondentkám. Během rozhovoru však nebylo striktně určené pořadí otázek, aby byla ponechaná dostatečná volnost, která umožňuje navázat s respondentkou osobnější vztah, a aby mohla konverzace proběhnout plynule. Kvalitativní výzkum byl zvolen z několika důvodů. Kouření v souvislosti s těhotenstvím a kojením je pro matku kuřačku citlivé téma a pro validní výsledky je potřeba ženu více poznat, přiblížit se jí a ujistit, že ve výzkumníkovi může mít naprostou důvěru. Žena by se neměla cítit souzená za své kuřácké návyky, protože by to mohlo negativně ovlivnit její otevřenost a mohla by zatajovat informace, které jsou pro výzkumníka důležité, ale ona se za ně stydí. Vzhledem k tomu, že otázky nejsou uzavřené, by mohla respondentka snadno zapomenout na podstatnou informaci, na kterou je pohotový výzkumník připraven se případně doptat.

Hlavními výhodami uskutečnění kvalitativního výzkumu je podrobný popis a lepší pochopení při zkoumání jedince, jeho prožitků nebo názorů, dobrá reakce na místní situace a podmínky, možnost hledat příčinné souvislosti. Naopak nevýhody, které kvalitativní výzkum přináší, je fakt, že získané výsledky nemusí být zobecnitelné a aplikovatelné v prostředí či populaci, dále časová náročnost sběru dat a snadná ovlivnitelnost výsledků výzkumníkem tím, že k problematice nebude přistupovat objektivně (28).

Výzkum probíhal od začátku března do začátku dubna 2020. Pro můj výzkum byly osločovány ženy přes sociální sítě, hlavně Facebook, na diskuzních portálech pro maminky a přes různé známosti. Dvě z respondentek jsem osobně znala a oslovila jsem je cíleně. Výběrové kritérium, které jsem uplatňovala do výzkumného vzorku, bylo užívání tabáku v době šestinedělí a snaha své dítě kojit. Všechny respondentky byly obeznámeny s tématem, předmětem výzkumu a cíli bakalářské práce, byly ujištěny o využití získaných dat výhradně pro bakalářskou práci, se zřetelem na zachování anonymity. Všechny respondentky, které se výzkumu zúčastnily, souhlasily se spoluprací a se zpracováním dat pro bakalářskou práci. Výzkumné šetření probíhalo formou telefonického rozhovoru, jelikož situace spojená s vládou stanovenými bezpečnostními opatřeními neumožňovala osobní setkání. Dva rozhovory proběhly 20.3.2020, jeden se uskutečnil 2.4.2020 a další dva byly realizovány 12.4.2020. Telefonické rozhovory trvaly v rozmezí 20 a 40 minut. Během rozhovorů byly doslova přepisovány odpovědi respondentek rovnou do textového dokumentu. V příloze je uveden jeden vzorový rozhovor, ostatní nejsou veřejně zpřístupněny, ale jsou uloženy mimo internet. Dvě z respondentek upřednostnily dotazování a zodpovídání otázek formou dopisování. Výhodou bylo, že měly více času promyslet si detaily a zavzpomínat na období, které bylo pro některé dávno. Všechny respondentky ústně vyjádřily souhlas s účastí ve výzkumu, kromě respondentek, které zvolily formu dopisování a podaly souhlas písemný.

9.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výběr zkoumaného vzorku byl záměrný. U záměrného výběru jde o výběr respondentů, kteří jsou nositeli určitých vlastností. Vlastnosti, které byly vyžadovány u mých respondentek, byly: ženské pohlaví a zároveň matky, které mají osobní zkušenost s kouřením během kojení. Věk žen byl v rozmezí 24-35 let. Tři ženy mají středoškolské vzdělání s maturitou, jedna s vyučením a jedna má bakalářské vysokoškolské vzdělání. Informace o respondentkách včetně parity jsou pro přehlednost shrnuty v tabulce číslo 2– Identifikační údaje respondentek. Účastnice výzkumu jsou označené písmenem R jako respondentky a náhodně přidělenou číslovkou.

Respondentce číslo 1 je 30 let. Vystudovala střední odborné učiliště a studium zakončila výučním listem. Nyní pracuje jako výpomoc v pekárně supermarketu. Rodila dvakrát, poprvé před šesti lety prvního syna předčasně, v osmém měsíci. Dalšího syna porodila spontánně před dvěma roky v termínu, 40+3.

Respondentce číslo 2 je 30 let a má středoškolské vzdělání s maturitou. Nyní je na rodičovské dovolené, předtím pracovala ve firmě zabývající se stěhováním nábytku. Před dvěma lety porodila spontánně dceru v týdnu 39+3, nyní je podruhé těhotná s termínem porodu v září.

Respondentce číslo 3 je 35 let a má vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem. Nyní pracuje jako zákaznická podpora zahraničních zákazníků ve výrobní společnosti (kancelářská práce).

Rodila jednou, v týdnu 41+5 – byla přijata do nemocnice k vyvolání porodu, ale nakonec to byl spontánní přirozený porod. Synovi jsou nyní 3 roky.

Respondentce číslo 4 je 32 let. Má středoškolské vzdělání s maturitou. Pracovala jako administrativní pracovnice, ale nyní je na mateřské dovolené. Před devíti měsíci jí byl proveden císařský řez v 38. týdnu těhotenství z důvodu panického strachu z porodu. Nyní má devítiměsíčního syna.

Respondentce číslo 5 je 24 let. Byla zaměstnaná jako administrativní pracovník, ale nyní je na rodičovské dovolené. Před sedmnácti měsíci porodila spontánně dceru v týdnu 40+6.

Tab. 2: Identifikační údaje respondentek

Respondent	Věk	Vzdělání	Zaměstnání	Porody	Věk dětí
R1	30	SOU	Výpomoc v pekárně	2x spont., v 8. měsíci a v tt. 40+3	6 let a 2 roky
R2	30	SŠ s maturitou	Spolupráce ve stěhování nábytku (nyní RD)	1x spont. porod v 39+3	2 roky
R3	35	VŠ, bakalářské	Administrativní pracovník	1x spont. porod v 41+5	3 roky
R4	32	SŠ s maturitou	Administrativní pracovník (nyní MD)	1x s.c. v 38. tt.	9 měsíců
R5	24	SŠ s maturitou	Administrativní pracovník (nyní MD)	1x spont. porod v 40+6	1,5 roku

9.5 Analýza rozhovorů

Pro přehlednou analýzu rozhovorů byly okruhy témat s otázkami rozpracovány do tabulek 3-12. Odpovědi jsem interpretovala vlastními slovy v kombinaci s citacemi respondentek. Ke každému tématu jsem připojila shrnutí vždy pod konkrétní tabulkou. Bylo stanoveno 10 témat, která byla doplněna otázkami, většinou otevřenými, kterých bylo dohromady 23.

Seznam témat a otázek:

Téma č. 1: Kuřácké návyky před otěhotněním a nyní

- Od kolika let kouříte?
- Proč jste začala kouřit?
- Kolik vykouřených cigaret denně je Vaše norma?

Téma č. 2: Kouření v těhotenství

- Kouřila jste během těhotenství?
- Pokud ano, v jaké míře? Snažila jste se kouření omezit?

Téma č. 3: Kouření během období kojení

- Kouřila jste v období kojení?
- Jak se váš návyk změnil po porodu?
- Kdy jste si dala první cigaretu?

Téma č. 4: Délka kojení

- Jak dlouho jste kojila své dítě?

Téma č. 5: Důvod ukončení kojení

- Z jakého důvodu jste přestala kojit?
- Měla jste po nakojení pocit, že je Vaše miminko syté?
- Napadlo Vás, že by Vaše kouření mohlo mít vliv na kvalitu mléka a jeho množství?

Téma č. 6: Vliv kouření na dítě

- Mělo Vaše dítě/děti nějaké zdravotní problémy (nejen po porodu, ale i ve starším věku)?
- Pozorovala jste u Vašeho dítěte zvýšenou plačtivost, problémy se spánkem, nebo jiné atypické chování?
- Pokud ano, vnímala jste, že tyto problémy vznikly vlivem nikotinu a cigaretového kouře, kterému bylo dítě vystaveno?

Téma č. 7: Informovanost od lékaře

- Ptal se Vás praktický lékař/gynekolog/pediatr na kouření?
- Informoval Vás o možných dopadech užívání tabáku na plod/dítě?
- Doporučil Vám přestat nebo omezit kouření, nebo naopak nedoporučil s ohledem na stres dítěte?

Téma č. 8: Pocity po vykouření cigarety v těhotenství

- Jaké jste měla pocity, když jste si zapálila cigaretu v těhotenství?

Téma č. 9: Pocity po vykouření cigarety po porodu

- Jaké jste měla pocity po vykouření cigarety po porodu? Změnily se nějak?
- Kdy jste si vykouřila první cigaretu po porodu?

Téma č. 10: Kouření před lidmi

- Napomínali Vás ostatní lidé (rodina, kamarádi), když vás viděli kouřit v těhotenství/během období kojení?
- Jaké jste po jejich napomenutí měla pocity?

Analýza témat a odpovědi na otázky:

Téma č. 1: Kuřácké návyky před otěhotněním a nyní

- Od kolika let kouříte?

- Proč jste začala kouřit?
- Kolik vykouřených cigaret denně je Vaše norma?

Tab. 3 – Kuřácké návyky před otěhotněním a nyní

R1	Začala kouřit z „frajeřiny“ ve 13 letech. Před otěhotněním zvládla vykouřit tak jednu a půl krabičky cigaret denně. Nyní nekouří, přestala z finančních důvodů a kvůli dětem, aby to u ní neviděli, ale to už byli starší.
R2	Kouří od 15 let. Vyrůstala v prostředí, kde kouřili všichni její sourozenci, sestřenice a rodiče, tak se k tomu také časem dostala. Před těhotenstvím kouřila cca 10 cigaret denně, nyní to zvládá na 4 cigaretách denně (snaží se kvůli nynějšímu těhotenství)
R3	Kouří od 17 let. Je z kuřáckého prostředí (rodina kouří) a začala proto, že se chtěla zalíbit klukovi, který kouřil. Před těhotenstvím kouřila kolem 20 cigaret denně, na této dávce je i nyní.
R4	První cigaretu si dala v 15 letech, protože to chtěla jen vyzkoušet. Přiznává, že kouří, protože je závislá a s velmi slabou vůlí přestat. Vykouří kolem 15 cigaret denně, ale když je doma její muž, kouří pouze elektronické cigarety.
R5	Kouří od 15 let. Sama od sebe to chtěla zkusit, i když jí to nikdo nenabízel. Její rodiče nekouří, ale kamarádi ano a po čase ji začalo zajímat, jak to chutná a postupně se do toho dostala. Norma je pro ni krabička cigaret denně, kombinuje to i s IQOS.

Ženy udávaly začátek kouření mezi 13. a 17. rokem, tři z nich začaly kouřit v 15 letech. Na to, zda začnou kouřit, mělo u většiny z nich vliv okolí (kamarádi, rodina), které bylo kuřácké. Před otěhotněním se u žen množství vykouřených cigaret pohybovalo mezi 15 a 30, nyní R1 nekouří vůbec, R2 omezila počet cigaret denně na 4 kvůli dalšímu těhotenství, další 2 respondentky kombinují běžné cigarety s jinými alternativami (elektronické, IQOS) a 1 se vrátila na původní dávku, kterou užívala před těhotenstvím.

Téma č. 2: Kouření v těhotenství

- Kouřila jste během těhotenství?
- Pokud ano, v jaké míře? Snažila jste se kouření omezit?

Tab. 4: Kouření v těhotenství

R1	Cituji: „ <i>Ano, ale míň, omezila jsem to tak na zhruba 15 cigaret denně. Lituju toho, ale jinak to nešlo.</i> “
R2	Během těhotenství kouřila, ale podařilo se jí to stáhnout na minimum, maximálně 4 cigarety denně.
R3	Od chvíle, kdy zjistila, že je těhotná, kouřila týden, přibližně ¼ toho, co normálně – cca 4-5 cigaret denně. Cituji: „ <i>Chodila jsem kouřit s kolegy, ale potáhla si třeba jen třikrát, čtyřikrát z celé cigarety</i> “. Potom nekouřila 4 měsíce. Moc jí pomohla kniha Snadná cesta jak přestat kouřit od Allana Carra, kterou přečetla za 4 hodiny a hned kouřit přestala. Cituji: „ <i>Musím přiznat, že v tu chvíli mě nejvíce motivoval ten pocit, že to jde. Že po cca 15 letech krabičky denně jde nekouřit. To mě strašně nabíjelo. Plus pár kamarádek, které mi držely palce a ubezpečovaly mě v tom, že jsem dobrá. Naopak partner mně vždycky úplně podtrhl nohy, když mi řekl, že je to přece úplně normální, že nekouříš.</i> “ V 5. měsíci těhotenství našla doma krabičku cigaret. „ <i>Tři dny jsem kolem ní chodila a pak ji rozbalila – tajně ze spodu – a dala si jednu, po pár dnech zase. Takže do porodu jsem se dopracovala zhruba k těm dvěma, třem cigaretám za den.</i> “ Když se někde kouřilo, tak schválně vdechovala dým a odmítala, aby kuřáci kvůli ní šli někam jinam. Moc jí to vonělo.
R4	Kouřila, ale snažila se omezit to na minimum (neřekla přesný počet cigaret za den).
R5	V 6. týdnu těhotenství zjistila, že je těhotná. To ještě kouřila, ale od 2. do 5. měsíce nekouřila vůbec, protože se jí z toho dělalo špatně. Když se jí udělalo lépe, tak začala kouřit zase pozvolně, zhruba 5-6 cigaret denně. V 8. měsíci oba s partnerem přešli na IQOS, ta frekvence byla stejná. Cituji: „ <i>....spíš to byl jenom takovej zvyk jako po jídle, ke kafi, ale jinak ne.</i> “

U všech respondentek je zjevné, že těhotenství je motivovalo k omezení kouření alespoň na polovinu, nebo k jeho dočasnému přerušení. R3 podrobně popsala, jak se během těhotenství její návyk proměňoval. Zmínila konkrétní knihu, která jí pomohla, a hlavně kamarádky, které ji podporovaly a ubezpečovaly, že je dobrá. To, že 15 let kouřila a najednou pár měsíců nekouřila vůbec, jí dodalo pocit sebevědomí a upevnilo vůli nekouřit, dokud ji nezvklala nalezená krabička cigaret. U R5 vidíme, že přestala kouřit hlavně kvůli nechutenství a odporu vůči cigaretám způsobenému hormonálními změnami v těle.

Téma č. 3: Kouření během období kojení

- Kouřila jste v období kojení?
- Jak se váš návyk změnil po porodu?
- Kdy jste si dala první cigaretu?

Tab. 5: Kouření během období kojení:

R1	Ano, kouřila ve stejné míře jako v těhotenství, zhruba 15 cigaret denně.
R2	Den po porodu šla na jednu cigaretu a potom nekouřila 6 dní. Pak opět dostala chuť a začala znovu. Během období kojení dodržovala pravidlo, že když měla chuť na cigaretu, vykouřila „jedno rychlý cigáro“ hned po kojení nebo po tom, to dcera usnula, aby se škodlivé látky stihly vyloučit do dalšího kojení. Její kamarádka řešila podobný problém, tak jí to poradila.
R3	Ano, kouřila 5-10 cigaret za den. Postupně se počet vykouřených cigaret za den navyšoval. Cituji: „Posledních asi 6 let, co jsem s partnerem, se kouří jen venku. Malý nikdy nebyl v zakouřeném prostředí, velice sporadicky (např. 4x za rok) u našich na terase, pokud se tam kouří a nestihá se větrat“.
R4	Kouřila jen na začátku. Syn se po porodu nechtěl přisát, tak začala mléko odstříkávat. „Když jsem viděla tu barvu mléka, jak se po cigaretě změnila, tak jsem kouřit hned přestala. Normálně má mléko barvu salka a po cigaretě bylo šedivé“. Zvykla si na to, že si nyní vždy po kouření bere žvýkačku a umyje si ruce, než na dítě vůbec sáhne.
R5	Ano, kouřila více než v těhotenství a postupně se dostala na množství, které kouřila před otěhotněním.

Po porodu většina respondentek kouřila více než v těhotenství, kromě R1, u které se návyk nezměnil, a R4, která kouřila jen na začátku šestinedělí, potom kouřit přestala a nekouřila až do ukončení kojení, protože jí vyděsila barva mateřského mléka ovlivněná kouřením. R2 byla kamarádkou správně poučená o vhodnosti užít tabák až po kojení, kdy má potom dost času, aby se tělo nikotinu zbavilo a aby při dalším kojení dítěti předala jen minimum škodlivých látek. R3 si dává záležet, aby se dítě nevyskytovalo v zakouřeném prostředí, i když návyk kouření pouze venku se nijak nezměnil oproti stavu před otěhotněním. R4 sice začala kouřit až po ukončení kojení, ale dává si záležet, aby dítě od tabákového kouře co nejvíce ochránila, po každé cigaretě si bere žvýkačku a myje ruce.

Téma č. 4: Délka kojení

- Jak dlouho jste kojila své dítě?

Tab. 6: Délka kojení

R1	První dítě kojila 2 měsíce, druhé kojila měsíc.
R2	14 dní
R3	11 měsíců
R4	3 týdny
R5	Stále kojí (1,5 roku)

Tři z pěti respondentek kojily své dítě pouze několik týdnů. R5 kojila výlučně až do 5. měsíce, nyní stále kojí s dokrmy. R2 také kojila výrazně déle v porovnání s R1, R2 a R4.

Téma č. 5: Důvod ukončení kojení

- Z jakého důvodu jste přestala kojit?
- Měla jste po nakojení pocit, že je Vaše miminko syté?
- Napadlo Vás, že by Vaše kouření mohlo mít vliv na kvalitu mléka a jeho množství?

Tab. 7: Důvod ukončení kojení

R1	Přestala kojit proto, že „ztratila mlíko“. Myslí si, že se jí mléko přestalo tvořit kvůli kouření, u obou dětí.
R2	Přestala kojit proto, že to dceři nestačilo. „ <i>Já jsem měla málo mléka a bylo takový moučný, takže jí to moc nedávalo a přešli jsme na umělý po těch dvou týdnech</i> “. Napadlo ji, že by to mohlo s kouřením souviset, ale spíš se přiklání k tomu, že by to mohlo mít genetický předpoklad. Její matka neměla mléko vůbec, teta také ne, takže je ráda, že mohla kojit aspoň těch 14 dní. Také připouští, že mléko mohla ztratit kvůli stresu, protože byla docela nervózní ze situací, kdy dcera plakala a ona necítila od manžela podporu.
R3	Plánované odstavení. V porodnici byl s kojením trochu problém a tak odcházela s instrukcemi od sestřiček, že má dítě dokrmovat. Syn pil méně než tabulkově, ale přibíral, a tak pediatrička po pár týdnech řekla, ať ho nedokrmuje, že se jí mléko vytvoří. A tak to také bylo. „ <i>Neměla jsem tolik mléka, že by mi samovolně vytékalo, ale dařilo se mi i odstříkávat</i> “.
R4	Přestala kojit kvůli problémům s tvorbou mléka. Myslí si, že je to spíš kvůli císařskému řezu, který byl proveden.
R5	Kojí stále. Určitě ji napadlo, že kouření bude negativně ovlivňovat kojení, ale díky tomu, že s tím nikdy neměla problém, tuto myšlenku vytěsnila.

R5 nikdy neměla s kojením problém a je si vědoma výhod kojení, proto i po 1,5 roku stále kojí. R3 měla problém s kojením jenom na začátku šestinedělí, který, po ujištění pediatričky, že je všechno v pořádku, dále nepřetrvával a následujících 10 měsíců kojila bez problému. Další 3 respondentky udávají problém s tvorbou mléka. 2 si myslí, že na vině nebylo kouření, ale jiné okolnosti, jako je císařský řez u R4 nebo genetický předpoklad u R2. Jelikož ale matka a teta R2 byly také kuřačky, nemůžeme vyloučit, že problém s kojením u nich nastal kvůli kouření. Přesto kojila alespoň 14 dní, což je s touto rodinnou anamnézou pozitivní. Uznává ale, že by se mohl na ztrátě mateřského mléka podílet stres. R1 je přesvědčená, že na ztrátě mléka se významně podílelo kouření.

Téma č. 6: Vliv kouření na dítě

- Mělo Vaše dítě/děti nějaké zdravotní problémy (nejen po porodu, ale i ve starším věku)?
- Pozorovala jste u Vašeho dítěte zvýšenou plačtivost, problémy se spánkem, nebo jiné atypické chování?
- Pokud ano, vnímala jste, že tyto problémy vznikly vlivem nikotinu a cigaretového kouře, kterému bylo dítě vystaveno?

Tab. 8: Vliv kouření na dítě

R1	Starší syn míval laryngitidu, když mu bylo 1,5 roku. Projevovalo se mu to jako dušnost a záchvaty, ale už to dlouho neměl. Do souvislosti s kouřením to ale nedává. Mladší neměl žádné problémy. Nikdo z nich neměl problémy se spánkem ani zvýšenou plačtivost.
R2	Žádné problémy u dítěte nepozorovala.
R3	Syn byl nemocný velmi málo. „ <i>První teplota v 11 měsících (to jsem ještě kojila), za dva roky jen horečky po návratu z dovolené a jedno týdenní zvracení. Krásně spal, nikdy moc neplakal, jako normální dítě vstával 3x za noc na kojení</i> “.
R4	Žádné problémy neměl a nemá.
R5	Dcera má od narození citlivou pokožku. Neví, jestli by to mohlo být spojené přímo s kouřením, ale spíš si myslí, že je to dědičné, protože její manžel (otec dítěte) také nesnese každý krém. Dlouho měla kojeneckou vyrážku, nemohla mít určitý druh plen. Doktoři to diagnostikovali jako lehký atopický ekzém, ale po čase pediatrička říkala, že bude jen trochu citlivější. Se spánkem neměla problém ani neplakala.

Ani jedna z respondentek neudává, že by pozorovaly u svého dítěte abnormálně zvýšenou plačtivost nebo problémy se spánkem. Co se týče zdraví dítěte, problémy udávají pouze R5 a R1. R5 si myslí, že zvýšená citlivost její dcery je dědičné ze strany otce dcery. R1 udává výskyt laryngitidy u staršího syna. Onemocnění dýchacích cest u dětí kuřáček a kuřáků jsou jedny z nejčastějších onemocnění kvůli cigaretovému kouři, které dítě vdechuje, když je mu vystavováno. Přesto si R1 vyloženě nemyslí, že by to mohlo být zapříčiněno jejím kouřícím návykem.

Téma č. 7: Informovanost od lékaře

- Ptal se Vás praktický lékař/gynekolog/pediatr na kouření?
- Informoval Vás o možných dopadech užívání tabáku na plod/dítě?
- Doporučil Vám přestat nebo omezit kouření, nebo naopak nedoporučil s ohledem na stres dítěte?

Tab. 9: Informovanost od lékaře

R1	Na kouření se jí ptal její gynekolog i gynekolog v porodnici. Informovali ji o tom, že dítě muže být plačtivé a mít „abstáky“. U prvního syna jí doporučil přestat kouřit, u druhého naopak doporučil v těhotenství nepřestávat, protože <i>„to dítě už je na to zvyklý“</i> .
R2	V těhotenství se jí ptal gynekolog a doporučil přestat kouřit, nebo alespoň co nejvíc omezit kouření. Možná rizika jí neříkal. Spíš měla informace od kamarádky.
R3	Gynekolog jí vyčítal kouření minimálně 10 let. O rizicích pro plod/dítě ji neinformoval. <i>„Když jsem přišla na první kontrolu, že jsem těhotná, tak jsem se chlubila hned, že nekouřím. A on mi jen odpověděl něco v tom smyslu, že uvidíme, jak dlouho...“</i> .
R4	Řešili to s ní všichni lékaři a pečlivě ji informovali o každé možné komplikaci.
R5	Aktivně se informovala u své gynekoložky, když jí dělala screening. <i>„Já jsem se jí teda ptala a ona mi samozřejmě doporučila přestat, ale zároveň říkala, že to v tu danou dobu nemá moc efekt, protože to dítě už vlastně vyrůstalo v tom těle, kde nikotin byl. Ale ať se snažím co nejvíc to regulovat a snížit“</i> .

Na užívání tabáku se ptali lékaři, hlavně gynekologové, všech respondentek. R5 se své gynekoložky na kouření ptala, ale to neznamená, že by ji sama časem neinformovala. Její odpověď byla nekonkrétní, zmatečná a dala by se vyložit dvěma způsoby. R3 sdílela skeptickou reakci svého lékaře, která se nedá považovat za profesionální chování. K lékaři přišla, když už nekouřila, možná proto lékař nepovažoval za nutné ji o rizicích, která by pro plod mohla nastat, informovat. R1 se setkala s rozdílnými názory lékařů a R2 dostala doporučení přestat kouřit nebo co nejvíc eliminovat množství cigaret vykouřených za den.

Téma č. 8: Pocity po vykouření cigarety v těhotenství

- Jaké jste měla pocity, když jste si zapálila cigaretu v těhotenství?

Tab. 10: Pocity po vykouření cigarety v těhotenství

R1	<i>„Se mnou to nic nedělalo. Jako že bych měla nějaký výčitky, to asi ne, no. Mně to přišlo normální. Teď ale když to vezmu zpětně, koukám na to zase jinak“.</i>
R2	<i>Cigareta ji vždy dokázala uklidnit, i když trochu měla o plod strach. „Rozhodně mě to aspoň trochu uklidňovalo, jelikož já jsem nervák. Strach o miminko tam byl, dá se říct, že jsem nevěděla, jak to bude, ale většinou mě pak doktor uklidnil, že bylo všechno v pořádku.“</i>
R3	<i>„Uspokojivý. Rebelský. Vyčítavý. Sebeselhání. Mlelo se ve mně to, jestli přece jen nemůžu malému nějak uškodit. I když jsem si říkala, kolik ženských kouří úplně normálně atd... Ale i tak jsem prostě měla strach, že kdyby mu pak něco bylo, že si to budu vyčítat“.</i>
R4	<i>„Byla jsem po každé vykouřené cigaretě naštvaná a znechucená sama sebou“</i>
R5	<i>První měsíce nemohla cigaretový kouř ani cítit, ale když potom zase začala, neměla z toho takový požitek, jako předtím. Měla strach o dceru, aby nebyla „dementní“ nebo aby neměla jiné problémy, ale říkala si, že když se cítí dobře a všechny testy byly v pořádku a dítě prospívalo i růstově, že bud dcera určitě zdravá. „Samozřejmě výčitky byly, štvlo mě to, ale brala jsem to tak, že to dítě si mě vybralo i tady s tím“.</i>

R1 jako jediná z respondentek necítila žádné výčitky nebo strach. Kdyby ale byla těhotná teď, určitě by tam byly jiné emoce, protože je o škodlivosti cigaret více přesvědčená. U všech ostatních respondentek se objevovaly výčitky i strach, ať už menší nebo větší. Přesto s kouřením nepřestaly a s tím pocitem se naučily žít. První uklidnění většinou přišlo v momentě, kdy je lékař po ultrazvukovém vyšetření ujistil, že plod je v pořádku. R5 se uklidňovala tím, že si říkala, že si ji miminko vybralo i přesto, že kouří. R3 kromě výše zmíněných pocitů udává i pocit, že selhala. Uklidňovala se tím, že plno dalších žen v těhotenství kouří, že není jediná.

Téma č. 9: Pocity po vykouření cigarety po porodu

- Jaké jste měla pocity po vykouření cigarety po porodu? Změnily se nějak?
- Kdy jste si vykouřila první cigaretu po porodu?

Tab. 11: Pocity po vykouření cigarety po porodu

R1	Stejně jako v těhotenství, žádné emoce ohledně toho neměla.
R2	Den po porodu šla na jednu cigaretu, potom 6 dní vydržela nekouřit. Protože ale dodržovala pravidlo, že kouřila vždy po kojení a ne před kojením, neměla takové výčitky jako v těhotenství.
R3	Cítila se lépe, protože věděla, že miminku už nemůže ublížit.
R4	Je klidnější, že se dítěti už nemůže nic stát také proto, že si dává pozor na to, aby si vždy umyla ruce a vzala si žvýkačku hned po kouření a předtím, než sáhne na dítě. Je ale na sebe stále naštvaná, protože nemá silnou vůli přestat kouřit.
R5	Vydržela celý týden úplně bez cigarety a bez „abstáku“, ale když přijela domů z porodnice, po pár dnech se vrátila ke svému původnímu návyku. „Ty výčitky tam už takový nebyly, protože jsem viděla, že je zdravá, že všechno probíhalo v pořádku“.

Vyšlo najevo, že ze všech respondentek, kromě R1, opadl strach, protože konečně uviděly, že jejich děti jsou po porodu v pořádku a prospívají. R4 je důsledná v tom, aby dítě co nejvíc ochránila od kouře a jeho zápachu, tak je klidnější. Výčitky svědomí ale přetrvávají, protože ví, že to vadí jejímu zdraví a že nemá dost vůle s kouřením přestat. U R2 a R5 výčitky po porodu nepřetrvávaly, neudává je ani R3.

Téma č. 10: Kouření před lidmi

- Napomínali Vás ostatní lidé (rodina, kamarádi), když vás viděli kouřit v těhotenství/během období kojení?
- Jaké jste po jejich napomenutí měla pocity?

Tab. 12: Kouření před lidmi

R1	Napomínal ji doma přítel. To jí hodně vadilo, potom měla „hrozné“ pocity, občas výčitky, protože věděla, že přestat s kouřením nemůže (nedokáže).
R2	Vzhledem k tomu, že jí manžel napomíná pořád, tak si na to zvykla, naučila se to vytěsnit a už to na její emoce nemá moc vliv.
R3	Vidělo ji kouřit málo lidí. Rodiče, sestra, kamarád a pár kolegů z práce. Kamarád jí chodil kupovat cigarety, protože se styděla jít pro ně s těhotným břichem do obchodu. Kolegové z v práci jí nechtěli dávat potáhnout, ale jinak ji nikdo nenapomínal. <i>„Jen ty hlášky, jak jsem blbá, že jsem zase začala. Ale bylo docela vtipný vymýšlet, kam se schovat, kam jet na procházku s kočářem, abych nikoho nepotkala. Jezdila jsem i v plískanicích, protože dítě chce čerstvý vzduch, jen abych si mohla mezi polema zakouřit. Chodila jsem pořád zalejtvat dozadu na zahradu, abych si mohla zakouřit. Ztratit se partnerovi v lese, a tak dále“.</i>
R4	Neudává, že by ji někdo napomínal.
R5	Neslyšela napomínání od rodičů, ale hlavně od manžela. To bylo jen ze začátku. <i>„Hlavně ze začátku to bylo takový hustý, cítila jsem se blbě, protože jsem jako máma a kouřím, nebylo mně to příjemný a stresovalo mě to“.</i>

Je zajímavé, že 4 respondentky udávají, že jediný člověk, který ji napomínal ohledně kouření v těhotenství nebo během kojení, byl jejich partner. R3 tento fakt zmínila v tématu č. 2. Dokonce svůj návrat ke kouření v těhotenství se před ním snažila zatajit. Styděla se a chodila kouřit nenápadně někam, kde z dohledu lidí. R5 byla svým manželem napomínána jen ze začátku, potom se v návyku sjednotili (začali spolu kouřit IQOS) a manžel ji napomínat přestal. Pro R1 bylo neustálé upozorňování přítelem na její kouření tak nepříjemné, že to byl jeden z důvodů, proč přestala později kouřit úplně.

10 Diskuze

Na úvod této kapitoly se nejdříve zaměřím na vlastní sebereflexi v rámci provedeného kvalitativního výzkumu obsaženého v závěrečné práci. Mou snahou především bylo zmapovat, co prožívají těhotné a kojící matky, když si zapálí cigaretu, a jak moc a jakým způsobem jsou informované o rizicích, která jsou spojena s kouřením během těhotenství a období kojení. Poté, co jsem specifikovala téma a stanovila si základní cíle pro realizaci kvalitativního výzkumu, nastala fáze hledání respondentek. To se ukázalo jako první problém, protože bylo obtížné najít dostatek žen, matek kuřáček, které by byly ochotné obětovat hodinu svého času pro to, abych si s nimi mohla popovídat. Je to tím, že já ani moji přátelé se nevyskytujeme v sociálním prostředí, kde lidé běžně kouří. Osobně jsem znala pouze dvě matky kuřáčky. Ty byly naopak velice ochotné se se mnou sdílet a s jednou z nich jeden telefonní hovor trval po zodpovězení otázek ještě další dvě hodiny, protože ji probírané téma hodně zaujalo. Těžší to bylo s respondentkami, které jsem našla na různých internetových portálech. Aktivně jsem nabízela, že jim zavolám, protože to pro ně znamená úsporu času a pro mě autentičtější odpovědi, přesto některé volily formu dopisování. S některými ženami byla dopisování složitá, neosobní a strohé, proto do výzkumu nebyly použitelné a do analýzy rozhovorů jsem je nezařadila.

Svou volbu kvalitativního výzkumu hodnotím pozitivně, protože pro realizaci kvantitativního výzkumu bych s těmito cíli neshromáždila dostatek respondentů. Muselo by se v tom případě jednat o respondenty z širší veřejnosti a musely by být stanoveny jiné cíle. Během psaní bakalářské práce a realizování rozhovorů se ženami jsem nabyla plno zkušeností, za které jsem velice ráda. Rozhovory byly zajímavé a k některým z respondentek jsem si vytvořila hlubší vztah. Což mi na jednu stranu pomohlo pochopit, jak ženy danou problematiku prožívají a že na každou situaci lze nahlížet z několika stran. Na druhou stranu kvůli snaze mít k ženám empatii můžou být výsledky ohroženy mým subjektivním vnímáním situace.

Po analýze rozhovorů jsem si uvědomila, že jsem se ženami nerozebrala jedno důležité téma v životě matek kuřáček, a to je podpora. Podpora ze strany zdravotníků tak jako podpora ze strany rodiny v odvykání kouření. 4 respondentky z 5 totiž uvedly, že jsou ohledně svého návyku kouření napomínány svými partnery. Jedna z nich dokonce chodila kouřit tajně, aby ji partner neviděl. Jen jedna uvedla, že napomínání manželem přestalo, když se oba sjednotili ve svém návyku. Vnímám, že v životě kuřáka je postoj partnera ke kuřáctví opravdu důležitý. Pokud je kuřák ze strany partnera zahrnut napomínáním a výčitkami, nemá to velký efekt na odvykání a v kuřákovi to tím spíše rozdmýchává pocity studu, naštvaní na sebe a podněcuje ho to k neupřímnosti – takový člověk potom schovává před partnerem cigarety a snaží se, aby s cigaretou nebyl partnerem viděn. Partneři kuřáků by se měli naučit, jak být těmi nejlepšími stimulatory. Měli by vědět, že kuřáka více motivují, když budou pozitivní a poukážou na benefity, které nastávají při udržení abstinence, jako například zlepšení zdraví svého nebo svých dětí, nebo ekonomická úspora. Pozitivní motivace je mnohem efektivnější, než říkat věty ve stylu: „*Když budeš dál kouřit, dostaneš rakovinu*“ (27). Když potom kuřák začne s odvykáním, čeká od partnera entuziastickou reakci jako je povzbuzení, pochválení nebo ujištění, že dosáhl úspěchu a když to zvládl těch pár týdnů tak to zvládne bez cigarety i dál. Partner R3 to, že jeho partnerka nekouří, bral jako samozřejmost a R3 se tak od něj

nedočkala uspokojivé reakce. Dále mě vedl k zamyšlení postoj jejího gynekologa, který jí 10 let vyčítal, že kouří, a když se mu pochlubila, že kouřit přestala, přešel to jízlivou poznámkou. Případá mi to alarmující a dle mého názoru tato reakce odborníka je neomluvitelná. Zdravotnický personál, ať už sestry nebo lékaři, by měl mít takové vzdělání, aby alespoň okrajově věděl, jak zacházet s pacientem kuřákem. Nepochybuji o tom, že zdravotníci na škole absolvují předměty jako je Psychologie nebo Hygiena a epidemiologie, ve kterých jsou probírány intervence k odvykání kouření. Dalo by se polemizovat nad tím, zda by se u ženy vyskytl relaps, i kdyby měla větší oporu v manželovi nebo ve svém lékaři, ale i tak oceňuji její vůli nekouřit, přestože to trvalo 4 měsíce. Je povzbuzující, že i knihy zabývající se odvykáním kuřákům pomáhají. Obdivuji také R1, která ze dne na den kouřit přestala a nyní nekouří díky přítelovi, dětem a touze po větší úspoře peněz.

Na téma Vliv kouření na laktaci a kojení jsem nenašla žádnou vypracovanou závěrečnou práci. Veškeré dohledané bakalářské a diplomové práce se zabývají pouze kouřením v souvislosti hlavně s těhotenstvím nebo obecně vlivem návykových látek v těhotenství na plod. Co se týče kojení, většinou se závěrečné práce zabývaly délkou kojení a faktorů ovlivňujících kojení, mezi nimiž kouření bylo zmíněno.

Jedním ze stanovených cílů bylo zjistit, jestli matky užívající tabák vnímají dopady kouření na kojení. To vnímají 3 z 5 respondentek, jedna z toho důvodu, že ji vyděsila barva mléka po kouření, druhá to dává do souvislosti s tím, že se jí mléko přestalo tvořit. Třetí si sice nemyslí, že ztratila mléko po 14 dnech kvůli kouření, ale její návyk, tj. kouření těsně po kojení odpovídá tomu, že si je vědoma rizik kouření během kojení a snaží se množství nikotinu předávané dítěti eliminovat. Dvě respondentky neměly s kojením žádný problém, přestože každá z nich kouřila v období kojení krabičku cigaret denně. Tato problematika se ukázala jako dost individuální a respondentky se v odpovědích nesjednotily. Veronika Němcová se ve své práci vyjádřila, že matky kuřačky většinou znají následky kouření v těhotenství, ale ne během kojení. Domnívá se, že pokud by věděly, že kuřačky mají méně kvalitní mléko a kojí kratší dobu, pravděpodobně by během období kojení nekouřily (29). Takto se bohužel chovala pouze jedna z mých respondentek.

Bylo také zkoumáno, zda matky kuřačky pozorují zdravotní problémy dítěte v souvislosti s kouřením během kojení. V teoretické části bylo popsáno, že u dětí kuřáků se často vyskytuje abnormální plačtivost a problémy se spánkem. Ani jedna z dotazovaných žen ale tyto problémy u svého dítěte nezaregistrovala. Otázkou je, co tyto ženy vnímají jako normu a zda jsou schopné tyto jevy objektivně zhodnotit. Co se týče ostatních zdravotních problémů, vážnější zdravotní problém, který by se dal přisuzovat kouření, byla laryngitida u syna R1. Respondentka ale tento problém do souvislosti s kouřením nedala. R5 se zmínila o atopii/zvýšené citlivosti svojí dcery, ale přiklání se k názoru, že je to geneticky podmíněné. Ve výsledku ani jedna matka nepřipouští, že by jejich kouřením bylo dítě postihnuto na zdraví.

Dalším záměrem výzkumného šetření bylo vyhodnotit, jestli byly matky kuřačky informovány o možných dopadech užívání tabáku na kojení a zdraví dítěte. Na kouření se lékaři z gynekologické ambulance ptali všech respondentek. Tento fakt není překvapivý, protože je to základní informace, kterou každý lékař potřebuje ke sběru kompletní anamnézy. Zásadní otázkou ale je, jak s takovou informací lékař naloží. V každém případě by měl ženu upozornit na rizika pro

plod a dítě, a doporučit přestat kouřit úplně, nebo alespoň kouření co nejvíce omezit. 2 respondentky nebyly lékařem o rizicích informovány. Jedna měla nejvíce informací od kamarádky. Dle výzkumu Hany Kocurové má ale nejvíce rodiček informace o negativním vlivu kouření na těhotenství z tisku, propagačního materiálu a z televize, nikoli od zdravotníků (30). Co se týče jejich doporučení, je překvapivé, že dvě respondentky uvedly, že jim lékař doporučil s kouřením nepřestávat. Toto doporučení osvětlili mylnou domněnkou, že dítě je na nikotin už zvyklé a mohlo by mu to způsobit stres. Marie Jančová ve své práci uvádí, že podle jejího výzkumu většina žen kuřaček v těhotenství kouřit nepřestane, protože jsou přesvědčené o tom, že přestat kouřit zničehonic není dobré, nebo že by mohl plod mít abstinenční příznaky. 29,2 % kuřaček tvrdí, že přestat kouřit v těhotenství je příliš stresující, a proto si namlouvají, že je lepší s kouřením nepřestávat. Slovy jedné z kuřaček dotazovaných v práci Marie Jančové: „*Kouření škodí, ale není dobré přestat z ničeho nic, škodlivé látky jsou v těle dlouho, a když maminka kouří před otěhotněním, dítě by mohlo mít abstinenční příznaky...*“ (31).

Co se týká pocitů matek kuřaček po vykouření cigarety, každá žena to prožívá trochu jinak. Záleží například na tom, z jakého pochází prostředí, jakou má mezi svými blízkými podporu, jakou má povahu, a podobně. Pouze jedna žena z dotazovaných neměla po zapálení cigarety žádné výčitky. Další uvádějí kromě požitku z cigarety, uspokojení a uklidnění emoce jako je strach o dítě, pocit selhání, naštvaní na sebe, znechucení sama sebou, výčitky, přičemž významným uklidňujícím faktorem byly pozitivní výsledky těhotenských screeningů. Po porodu ale ženy mají pocit, že už dítěti nijak nemůžou ublížit, protože vidí, že je v pořádku a zdravé. Cigaretu si po porodu zapálily s menšími výčitkami. Tím, že dítě už není součástí jejich těla, můžou mít větší kontrolu nad tím, aby vystavovaly dítě co nejmenšímu množství nikotinu a cigaretovému kouří a zápachu, například kouřit bezprostředně po kojení, po kouření si vzít žvýkačku, umýt si ruce.

Posledním cílem bylo zjistit, zda matky kuřačky kouří více po porodu než v těhotenství. 1 respondentka počet cigaret nenavýšila, 1 po porodu nekouřila 3 týdny a začala až po ukončení kojení, a ostatní počet cigaret za den po porodu začaly navyšovat.

Doporučení pro praxi

V první řadě si myslím, že to nejdůležitější je udělat všechno pro to, aby lidé nezačínali kouřit. Jelikož první cigaretu si většina kuřáků zapálí již na střední, nebo dokonce základní škole, vidím obrovský význam v realizování primárních preventivních programů pro školy. Na nich se žáci/studenti dozví všechny dopady kouření nejen na zdraví člověka a dostanou dostatek informací pro to, aby se rozhodli, zda začít kouřit, nebo ne. Tyto informace mohou pro ně být v jejich životě klíčové.

Rozhovor s mými respondentkami mě utvrdil v tom, jak je pro matku kuřačku, která má zájem omezit kouření nebo s kouřením úplně přestat, důležitá podpora zdravotníků a svých blízkých, zejména partnerů. Gynekolog je lékař, se kterým se žena během těhotenství vidí nejčastěji, proto by si měl být vědom toho, že může hrát v procesu odvykání kouření těhotné velkou roli. Časté návštěvy poskytují lékařům příležitost přinejmenším pro krátkou intervenci. V první řadě by měli lékaři přestat doporučovat kouřit dál s odůvodněním, že to přivodí plodu stres, když už je na nikotin zvyklý. Dobré je vymezit si pro klientku dostatek času, vytvořit tak příjemné prostředí a probudit

v pacientce dojem, že mu záleží na jejím zdraví a zdraví jejího nenarozeného dítěte. Pokud zjistí u ženy ochotu přestat kouřit, měl by jí dát alespoň kontakt na Linku pro odvykání kouření nebo na odborníka, který se problematikou zabývá. Pokud se rozhodne s pacientkou ohledně kouření hlouběji promluvit, je vhodné mít nastudované, jak s takovým člověkem promlouvat. Jelikož ale partner je člověk, kterého nastávající matka vídá denně, často je on tím nejlepším stimulem pro odvykání kouření. Důležité je, aby našel její důvody, proč chce přestat kouřit, a těmi ji pozitivně motivoval. Aby ji například připomínal, jak blahodárné je pro miminko, když žena nekouří. Je třeba ženu motivovat slovy chvály a ujišťovat ji o tom, že je statečná, že to zvládne a radovat se z každého jejího úspěchu v odvykání. Po porodu trochu vnímám jako důležitou roli pediatra, který ve frekvenci návštěv zastoupí gynekologa, a tak může kvalifikovaně informovat matku kuřačku o tom, jaké dopady může mít na dítě, když kouří, a pokud matka nekouřila v těhotenství, podpořit ji v tom, aby i nadále vydržela nekouřit.

3 z mých respondentek uvedly, že své dítě kojily příliš krátkou dobu, a to 14 dní, 3 týdny a 1-2 měsíce. Jelikož výlučné kojení je doporučováno po dobu 6 měsíců, připadá mi klíčové aktivně podporovat maminky v kojení, a to i maminky kuřačky. Rizika kouření během období kojení jsou pro dítě totiž podobná, jako rizika nekojení dítěte. Klíčové je kojení správně zahájit a propustit matku z porodnice ve stavu, kdy dokáže plně kojit své dítě. Od toho by měly být v porodnici k dispozici erudované laktační poradkyně, případně sestry a porodní asistentky na novorozeneckém oddělení. Pokud začne mít žena s kojením problém až doma, doporučila bych ji zavolat si odbornou pomoc, a to laktační poradkyni (například z Laktační ligy) nebo požádat o pomoc svou porodní asistentku (pokud nějakou má).

11 Závěr

Bakalářská práce se zaměřuje na povědomí matek kuřaček o dopadech kouření na kojení a o zdravotních problémech jejich dítěte v souvislosti s užíváním tabáku během období kojení. Práce byla rozdělena na teoretickou část, která se zabývá kojením, kouřením a kouřením v souvislosti s těhotenstvím, laktací, kojením a zdravotním stavem dítěte. Z teoretické části vyplývá, že užívání nikotinu s sebou nosí rizika nejen pro plod u těhotných žen, ale dále i během období kojení. Kouření během kojení způsobuje zhoršení laktace, zhoršení kvality a chuti mateřského mléka, a různé zdravotní problémy dítěte, nejen kvůli nikotinu přijímaného dítětem v mateřském mléce, ale také kvůli tabákovému kouři, kterému je dítě vystavováno, pokud rodiče nedodržují potřebná opatření.

Vyšlo najevo, že po porodu matky kuřačky, které v těhotenství počet vykouřených cigaret za den eliminovaly, po porodu dávku začaly postupně zvyšovat, když viděly, že je dítě bez zdravotních problémů. Zároveň zdravotní problémy dítěte, ať už jsou sebemeně závažné, nepřisuzují jejich kouření. Stejně tak předčasné ukončení kojení způsobené nedostatečnou laktací nepřisuzují cigaretám a kuřáckému návyku.

Během těhotenství jsou ženy většinou dobře informovány o rizicích kouření cigaret pro plod, avšak po porodu je málokdo upozorní na možné problémy s kojením nebo se zdravím dítěte v důsledku kouření. Proto by byla na místě intervence nejen gynekologů, ale hlavně porodních asistentek, které žena potká v porodnici a se kterými tráví pár dní na oddělení šestinedělí, nebo dětských sester, nebo pediatrů. Ženy by měly vědět, jaký může mít jejich kouření dopad na kojení a na dítě. Pokud nejsou ochotné s kouřením přestat nebo ho omezit, mají být edukovány o režimu, jak kojit a jak pečovat o dítě s minimálním vystavováním dítěte nikotinu, tabákovému kouři a jeho zápachu.

Během analýzy rozhovorů vyšlo také najevo, že většina dotazovaných žen necítila v odvykání kouření dostatečnou podporu partnera. Když už je partner tím stimulátorem, který přiměje ženu k odvykání, měl by ji dostatečně motivovat, chválit, oceňovat a podporovat.

Seznam tabulek

Tab. 1: Složení kolostra a mateřského mléka v g/l

Tab. 2: Identifikační údaje respondentek

Tab. 3: Kuřácké návyky před otěhotněním a nyní

Tab. 4: Kouření v těhotenství

Tab. 5: Kouření během období kojení

Tab. 6: Délka kojení

Tab. 7: Důvod ukončení kojení

Tab. 8: Vliv kouření na dítě

Tab. 9: Informovanost od lékaře

Tab. 10: Pocity po vykouření cigarety v těhotenství

Tab. 11: Pocity po vykouření cigarety po porodu

Tab. 12: Kouření před lidmi

Seznam použité literatury

1. Úmluva o právech dítěte. *OSN [online]*. Praha, 2015 [cit. 19.02.2020]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf>
2. Infant and young child feeding. *WHO | World Health Organization [online]*. Ženeva, 2018 [cit. 19.02.2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
3. Zázrak jménem kojení aneb fakta, která překvapí – unicef.cz. Český výbor pro UNICEF - unicef.cz [online]. Praha, 2004 [cit. 19.02.2020]. Dostupné z: <https://www.unicef.cz/aktualne/143410-zazrak-jmenem-kojeni-aneb-fakta--ktera-prekvapi>
4. HRONEK, M. a H. BAREŠOVÁ. *Strava těhotných a kojících*. Praha: Forsapi, c2012. Rady lékaře: průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-20-4.
5. ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. 2. přeprac. Vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7
6. GASKIN, I. M. *Průvodce kojením*. Praha: Argo, 2011. ISBN 978-80-257-0483-7.
7. ČERNÁ, M., J. KOLLÁROVÁ. *Laktační minimum pro pediatrii*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-8702-347-1.
8.) NEVORAL, J., et al. *Výživa v dětském věku*. 1. vyd. Jinočany. H&H, 2003. 434 s. ISBN 80-86-022-93-5.
9. HRSTKOVÁ, H., et al. *Výživa kojenců a mladších batolat*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 77 s. ISBN 80-7013-385-6.
10. ZAMARSKÁ, J. *Kojení-praktické rady pro kojící maminky*. Vyd. Brno: Computer press, 2006. ISBN 80-251-0772-8
11. KLEIN, L. D., et al. *Concentrations of trace elements in human milk: Comparisons among women in Argentina, Namibia, Poland, and the United States*. PLOS ONE [online]. 2017, 12(8), [cit. 24.02.2020]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183367>
12. MUSILOVÁ, Š., V. RADA. Vliv oligosacharidů mateřského mléka na střevní mikrobiotu kojenců. *Pediatric pro praxi [online]*. 2015, 16(1), [cit. 24.02.2020]. ISSN 1803-5264 . Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/01/03.pdf>
13. PAŘÍZEK, A. a T. HONŽÍK. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-213-8.
14. PAVLIŠTA, D., et al. Infekce prsu. *Moderní babictví [online]*. 2006, (9), 13-22. ISSN 1214-5572.
15. OLSZOVSKI, T., et al. Cadmium Concentration in Mother's Blood, Milk, and Newborn's Blood and Its Correlation with Fatty Acids, Anthropometric Characteristics, and Mother's Smoking Status. *Biological Trace Element Research*. 2016, vol. 174, (1), 8-20. ISSN 1559-0720
16. PRIMO, C. C., et al. Effect of maternal nicotine on breastfeeding infants. *Revista Paulista De Pediatria*. 2013, Vol. 31(3), 392-397. ISSN 1984-0462
17. KRÁLÍKOVÁ, E., et al. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA, 2013. ISBN 978-80-904217-4-5.
18. ŠÍDLOVÁ, M., ŠTASTNÁ, L. Kouření v těhotenství. *Adiktologie [online]*. 15, 2015, 164-172

19. NAPIERALA, M., et al. Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. In: *Environmental Research [online]*. 151, 2016, 321-338 s. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/306215997_Tobacco_smoking_and_breastfeeding_Effect_on_the_lactation_process_breast_milk_composition_and_infant_development_A_critical_review
20. BANDERALI, G., et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. In: *Journal of Translational Medicine [online]*. 2015, 13, 327 s. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12967-015-0690-y>
21. CALVARESI, V., et al., Transfer of Nicotine, Cotinine and Caffeine Into Breast Milk in a Smoker Mother Consuming Caffeinated Drinks. In: *Journal Of Analytical Toxicology*. 2016, Vol. 40(6), p. 473-477. ISSN: 1945-2403.
22. CRHA, I. a Drahoslava HRUBÁ. *Kouření a reprodukce*. V Brně: Masarykova univerzita, 2000. Edice kontinuálního vzdělávání v medicíně. ISBN 80-210-2284-1.
23. Rodičky kouřící v těhotenství, podle bydliště a věku. *ÚZIS [online]*. Praha, 2015 [cit. 30.03.2020]. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=statisticke-vystupy--ukazatele-zdravotniho-stavu--indikatory-echi--rodicky-kourici-v-tehotenstvi-podle-bydliste-a-veku>
24. ADAMCOVÁ, Karolína. Kouření v těhotenství – vliv na matku a dítě, možnosti léčby závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých [online]*. 2017, 156(1), 9-12, [cit. 30.03.2020]. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-1/koureni-v-tehotenstvi-vliv-na-matku-a-dite-moznosti-lecby-zavislosti-na-tabaku-60417>
25. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018. *SZÚ [online]*. 2019 [cit. 30.03.2020]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_alkoholu_cr_2018.pdf
26. Tobacco. *WHO [online]*. 2019 [cit. 30.03.2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
27. Kuřáková plíce [online]. 2003 [cit. 30.03.2020]. Dostupné z: <https://www.kurakova-plice.cz/>
28. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
29. NĚMCOVÁ, Veronika. *Rizika kouření v těhotenství [The risks of smoking during pregnancy]*. Praha, 2007, 61 s., 3 příl., Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav epidemiologie a biostatistiky. Vedoucí závěrečné práce doc. MUDr. Daniela Janovská, CSc.
30. KOCUROVÁ, Hana. *Těhotná žena a kouření [Smoking and pregnancy]*. Praha, 2009, 66 s., 3 příl., Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Ivana Voleníková.
31. JANČOVÁ, Marie. *Užívání tabáku u těhotných žen v Praze [Use of Tobacco among pregnant women in Prague]*. Praha, 2013, 79 s., 6 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum Adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN 2013. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.
32. Podíl kojených novorozenců podle celkové délky kojení. *ÚZIS [online]*. Praha, 2017 [cit. 30.03.2020]. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/vys/index.php?pg=statisticke-vystupy--ukazatele-zdravotniho-stavu--indikatory-echi--podil-kojenych-novorozencu-podle-celkove-delky-kojeni>

Přílohy

Příloha č. 1: vzorový rozhovor s respondentkou

Sběr základních informací

Váš věk: 24

Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání? Střední s maturitou

Jaké je Vaše zaměstnání? Administrativní pracovník

Kolikrát jste rodila a jak staré jsou Vaše děti nyní? V kolikátém týdnu jste rodila? 1x, 40+6, 1,5 roku

Kouření a kojení (pokud máte více dětí, můžete se zmínit o každém těhotenství a poporodním období)

Od kolika let kouříte? Proč jste začala kouřit? Proč kouříte teď? (Pokud už nekouříte, co Vás motivovalo přestat?) Kolik cigaret denně vykouříte? (klidně se rozepište i o jiných alternativách, např. nikotinových náplastech, e-cigaretách,...)

Od 15. Chtěla jsem to zkusit sama od sebe, nikdo mi to nijak nenabízel, ale pohybovala jsem se mezi lidmi, kteří kouřili (rodiče nekouří, ale kamarádi jo). Po čase mě to asi nějak zajímalo jak to chutná a pak jsem se do toho dostala. Teď kouřím tak krabičku denně, kombinuji to s iQOSkama.

Kouřila jste během těhotenství?

Pokud ano, v jaké míře? Snažila jste se kouření omezit?

Já jsem zjistila v šestém týdnu, že jsem těhotná, to jsem ještě kouřila, a pak zhruba od toho prosince, to byl tak druhý měsíc, do pátého měsíce, jsem vůbec nekouřila. Nemohla jsem to prostě ani cejtít, dělalo se mi z toho špatně. No a vlastně když už se mi udělalo dobře, tak jsem začala zase tak pozvolně, sem tam jsem si dala, já nevím za den třeba pět šest cigaret a potom jsme postupně, někdy v tom osmém měsíci, přecházeli na ten iQOS a ten počet byl v podstatě pořád stejný. Spíš to byl jenom takovej zvyk jako po jídle, ke kafi, ale jinak jako ne.

Kouřila jste během období kojení?

Jo. Víc než v těhotenství, ale postupně jsem se dostala až na to množství co jsem kouřila před těhotenstvím.

Jak dlouho jste kojila své dítě?

Kojím stále.

Z jakého důvodu jste přestala kojit? (např. plánované ukončení, neměla jste dost mléka, dítě mléko odmítalo,...) ----

Napadlo Vás, že by Vaše kouření mohlo mít vliv na kvalitu mléka a jeho množství?

Napadlo mě to, ale já jsem s tím opravdu neměla problém.

Měla jste po nakojení pocit, že je Vaše miminko syté?

No, s příkrmy jsem začala tak nějak ve čtvrtém měsíci, ale když jsem ještě kojila plně, ty čtyry měsíce, tak se mi nikdy nestalo, že by třeba plakala hlady. Takže v podstatě ano, já jsem toho mlíka měla v tom prvním půl roku fakt hodně. Ona po tom porodu na to jak byla malinká, začala hodně rychle přibývat na váze a bylo to na ní dost vidět.

**Mělo Vaše dítě/děti nějaké zdravotní problémy? (nejen po porodu, ale i ve starším věku)
Pokud ano, vnímala jste, že tyto zdravotní problémy jsou kvůli Vašemu návyku kouření? Pokud ne, vnímala jste, že by cigaretový kouř a nikotin nějak jinak ovlivňoval chování Vašeho dítěte, např. zvýšenou plačtivostí, nespavostí, apod.?**

Měla, ale nevím, jestli to mohlo být spojený s tím. Asi to mohlo bejt i rodový, v tom, že ona má jakože citlivou pokožku. Nemohla mít určitěj druh plínek, měla dlouho kojeneckou vyrážku. Ne vyloženě alergie, ale definovali to jako lehce atopické ekzém, ale pak jak byla větší, tak dětská doktorka říkala, že nebude vyloženě atopik, ale že bude prostě citlivá. Tohle má i můj manžel, že ne každěj krém snese, takže to může bejt vlastně dědičný.

Jinak se spánkem neměla problém, neplakala, vždycky dobře spala. Ale byla jsem na to teda upozorněna zezáčátku, že může bejt nervózní, že nemusí dobře spát, ale ani jedno z toho jsem nezaznamenala.

Ptal se Váš praktický lékař/gynekolog/pediatr na Vaše kouření? Informoval Vás o možných dopadech užívání tabáku na plod/miminko? Doporučil Vám přestat nebo omezit kouření, nebo naopak nedoporučil s ohledem na stres dítěte?

Na možné problémy mě na to upozornila gynekoložka, když mi dělala genetickéj screening v těhotenství. Já jsem se jí teda ptala a ona mi teda samozřejmě doporučila přestat, ale zároveň říkala, že to v tu danou dobu nemá moc efekt, ale ať se prostě snažim co nejvíc to regulovat a snížit. Protože to dítě vlastně už vyrůstalo v tom těle, kde ten nikotin byl. Takže by to mohlo bejt protichůdný.

Jaké jste měla pocity po vykouření cigarety v těhotenství? (pokud jste kouřila)

No tak ty první měsíce to bylo na poblíci, to jsem ani nemohla cejtit, a pak postupně, jak jsem zase začala, neměla jsem z toho takovej požitek jao předtím. No a samozřejmě že strach tam jakoby byl, strach aby nebyla dementní nebo aby neměla nějaký problémy, ale říkala jsem si, že i přesto se cejtim dobře a všechny testy odpovídaly tomu, že všechno je v pořádku, že dítě prospívá i růstově, takže jsem byla o tom vnitřně přesvědčená, že bude zdravá. Samozřejmě výčitky byly, šťvalo mě to, ale brala jsem to tak, že holt to dítě si mě vybralo i tady s tím.

Jaké jste měla pocity po vykouření cigarety po porodu?

Pokud jste nekouřila v těhotenství, kdy jste si po porodu vzala první cigaretu? Prosím, rozepište se jak o první cigaretě po porodu, tak i potom, jak jste se cítila a jaké byly Vaše kouřící návyky, např. počet cigaret, jestli jste se snažila kouřit spíš venku nebo uvnitř, apod.)

Já jsem si myslela, že úplně přestanu, protože jsem ten týden v porodnici vydržela úplně bez cigarety a abstinence. Ale když jsem přijela domů, tak už to byla taková klasika. Ty výčitky tam už takový nebyly, protože jsem viděla, že je zdravá, že všechno probíhalo v pořádku. Ta chuť, asi bych

to přirovnala k tomu, jako když jsem to třeba zkusila poprvý. Pak jsem se už vrátila do starších kolejí.

Jaké jste měla pocity, když Vás někdo v období těhotenství nebo po porodu napomenul po zapálení cigarety?

No hlavně ze začátku to bylo takový hustý, cejtla jsem se blbě, protože jsem jako máma a kouřím a nebylo mně to příjemný a stresovalo mě to. Neslyšela jsem napomínání jako od rodičů, od mámy, ale spíš to bylo hlavně od manžela, to ze začátku, ale pak jsme se nějak sjednotili j v tom návyku, hodně se nám ulevilo po tom velkym screeningu.

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis